



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA  
(ILACVN)**

**MEDICINA**

**INTERNATO NO CONSULTÓRIO NA RUA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Fábio Nagai Shiroma**

Foz do Iguaçu  
2024



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS  
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

**MEDICINA**

## **INTERNATO NO CONSULTÓRIO DE RUA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Fábio Nagai Shiroma**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Fabiana Aidar Fermino

Foz do Iguaçu  
2024

FÁBIO NAGAI SHIROMA

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA NO INTERNATO NO CONSULTÓRIO NA RUA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Profa. Dra. Fabiana Aidar Fermino  
UNILA

---

Prof. Dr. Flávio Tavares  
UNILA

---

Prof. Dra. Rosana Alvarés Callejas  
UNILA

Foz do Iguaçu, 29 de junho de 2024.

Dedico este trabalho a minha mãe, Mônica Maki Nagai Shiroma, que sempre me incentivou aos estudos e dar meu melhor

## AGRADECIMENTOS

Considero a gratidão o sentimento humano mais nobre que um ser humano possa manifestar.

Em primeiro lugar agradeço a minha professora orientadora, Fabiana, pela paciência e disposição em me ajudar e guiar na escrita deste relato, trabalho que mais tive dificuldades na graduação..

Aos professores da banca pelas orientações e considerações.

Aos profissionais da equipe do Consultório na Rua que me receberam carinhosamente. Especialmente ao médico e professor, Bruno, por ter sido um grande exemplo de médico de família e comunidade em que me espelho

À minha família e amigos que tanto me apoiaram durante esta jornada da graduação

Ao meu mestre da vida, Daisaku Ikeda, cujas orientações e incentivos forjaram o que eu considero de melhor em mim hoje.

Por fim, aos pacientes que pude atender, contribuindo não somente para meu aprendizado em medicina, mas também para me tornar um ser humano melhor.

*Permita que eu fale, e não as minhas cicatrizes  
Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes  
Que nem devia tá aqui  
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes  
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nós?  
Alvos passando por aí  
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes  
Se isso é sobre vivência, me resumir à sobrevivência  
É roubar um pouco de bom que vivi  
Por fim, permita que eu fale, não as minhas cicatrizes  
Achar que essas mazelas me definem é o pior dos crimes  
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nóiz sumir*

***Emicida***

## **RESUMO**

A população em situação de rua é um grupo que, apesar de heterogêneo, sofre pela exclusão social com implicações em sua saúde, uma vez que a vulnerabilidade social age como determinante de saúde. Uma forma para reverter as iniquidades existentes no direito dessa população foi a criação dos Consultórios na Rua, como equipe da atenção primária à saúde direcionada especificamente para este grupo. O presente relato de experiência visa demonstrar que o consultório na rua pode ser um campo de estágio para aprendizado em atenção primária à saúde com excelência na formação de discentes de medicina, assim como discutir nuances e vivências do atendimento a essa população.

**Palavras-chave:** População em Situação de Rua; Consultório na Rua; Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade.

## RESUMEN

La población sin hogar, a pesar de ser heterogénea, sufre exclusión social, lo que tiene repercusiones en su salud. Su vulnerabilidad social actúa como determinante de salud. Una forma de revertir las inequidades existentes en el derecho a la salud de esta población fue la creación de los Consultorios na Rua (Consultorios de Calle) como equipo de atención primaria a la salud dirigido a este grupo. El presente relato de experiencia tiene como objetivo demostrar que el Consultório na Rua (Consultorio de Calle) puede ser un campo de prácticas para el aprendizaje en atención primaria a la salud con excelencia en la formación de estudiantes de medicina. También se discuten los matices y las experiencias de la atención a esta población..

**Palabras clave:** Población sin Hogar; Consultório na Rua; Atención primaria de salud; Vulnerabilidad;

## **ABSTRACT**

The homeless population, despite being heterogeneous, suffers from social exclusion, which has repercussions on their health because their social vulnerability acts as a determinant of health. One way to reverse the existing inequities in the right to health of this population was the creation of Consultórios na Rua (Street Clinics) as a primary health care team aimed at this group. This experience report aims to demonstrate that the Consultório na Rua (Street Clinics) can be a practice field for learning in primary health care with excellence in the training of medical students, as well as discussing the nuances and experiences of caring for this population.

**Key words:** Homeless population; Consultório na Rua; Primary Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CP	Casa de Passagem
CnaR	Consultório na Rua
CRAM	Centro Referência em Atendimento à Mulher em Situação de Violência
eCR	Equipe do Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSR	População em Situação de Rua
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	13
2.2 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	13
2.1.1 O CONSULTÓRIO NA RUA	15
<b>3 RELATO</b>	17
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	23
<b>REFERÊNCIAS</b>	24
<b>APÊNDICES</b>	19
<b>APÊNDICE A – NOME DO APÊNDICE</b>	20
<b>ANEXOS</b>	21
<b>ANEXO A – TÍTULO DO ANEXO</b>	22

## 1 INTRODUÇÃO

A população em situação de rua é um grupo vulnerável marcado pela marginalização na sociedade, pelo desenraizamento das relações sociais, pela privação de residência fixa e de muitos direitos básicos, sendo impedida de uma condição mais digna em que possa enfrentar as adversidades tanto de saúde, como econômicas e sociais. Apesar da maior parte dessa população ser constituída de homens, jovens, negros e trabalhadores, ela deve ser entendida como grupo heterogêneo que traz diferentes motivações para sua vulnerabilidade, como abuso de drogas, transtornos psiquiátricos e conflitos familiares, dentre outros. (VARGAS, 2018). Frequentemente essa população é alvo de estigmas sociais, sendo taxada como “vagabunda, suja, louca, perigosa e coitada”. (MATTOS, *et al.*, 2004).

Todo estigma e violência sobre a PSR somente contribuem para dificultar o acesso ao sistema de saúde, bem como aumentar a sua vulnerabilidade e desincentivo em procurar atendimento médico. Quando buscam, muitas vezes, essa população é violentada moralmente pelos próprios profissionais da saúde ao recusarem atendimento, desqualificando seu autocuidado, buscando resoluções somente no modelo biomédico sem integralidade de cuidado à saúde ou ainda não respeitando suas prioridades ou identidade de gênero, de forma a dificultar mais ainda novas procuras por cuidados.

Por conseguinte, em 2008, com a adoção da Política de Atenção à População de Rua (BRASIL, 2008), foi estabelecida a inclusão de orçamentos e propostas de cuidado pela União a fim de melhorar o acesso à saúde por esta população. Assim, com a PNAB de 2011, criaram-se os Consultórios na Rua com as respectivas equipes, para adequação ao acesso à APS, considerando a lógica organizacional da ESF para pessoas sem residência fixa, assim como também permitindo uma melhor vinculação entre essa população e os serviços.

Nesse sentido, o presente trabalho, a fim de dar visibilidade a uma parcela estigmatizada da população, traz um relato de experiência de um interno de medicina que experienciou o contexto da rua pelo CnaR em Foz do Iguaçu - reiterando as particularidades dessa população e a importância das eCR como equipe da Atenção Básica.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A PSR é existente no Brasil desde há séculos, sendo notadamente atrelada à lógica capitalista (PAIVA et al., 2016) - especialmente neste país, cujo discurso meritocrata e materialista embasam o sistema - com seu ápice ocorrendo no período pós abolição da escravidão quando a oferta de políticas inclusivas na sociedade para os recém libertos foi insuficiente e concomitante com o elevado crescimento urbano e industrial. Assim a PSR é presente no Brasil em praticamente toda sua história. (SANTOS, 2017).

Todavia, recentemente se observa o aumento progressivo nas ruas brasileiras, sobretudo no cenário pandêmico da Covid-19 (AGENCIA SENADO, 2020; GAMEIRO, 2021), constituindo motivo de preocupação e alvo de políticas públicas. Apesar disso, muitas vezes é ainda invisibilizada pela sociedade ou, quando não, odiada, devido a estigmas de criminalidade, abuso de drogas, violência e indolência. (MATTOS; FERREIRA, 2004) reforçando sua condição de vulnerável.

Entendendo-se o conceito de vulnerabilidade como “(...) associação de variáveis de cunho individual, social e programático/institucional que se inter-relacionam por meio de seus limites imprecisos e permeáveis” (CARMO; GUIZARDI, 2018. P.), a PSR deve ser observada, também, sob a ótica da Lei dos Inversos: aqueles que mais precisam do cuidado são os que menos possuem acesso (HART, 1971). Porém, ainda é indispensável a consideração de que “As pessoas em situação de rua são um grupo heterogêneo que tem em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular.” (SILVA et al, 2020) de forma que cada usuário do CnaR é singular e apresenta não somente diferentes queixas de saúde, mas também diferentes motivações para sua vulnerabilidade e, conseqüentemente, diferentes formas de se abordar e cuidar.

Considerando os desafios e as características descritas, políticas públicas deveriam ser voltadas a essa população. Ainda, analisando a Constituição Federal, no seu artigo 196º, é evidente que a PSR deveria ter acesso a estas políticas há muito tempo. Portanto, conforme alega Kami et al. (2016) “A existência de pessoas em situação de rua representa as contradições gritantes de uma sociedade que tem a seguridade social como direito constitucional e que assegura saúde como direito de todos e dever do Estado.”

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)

Ademais, é importante considerar que o cuidado à saúde das PSR, por muito tempo, foi organizado e realizado pela Igreja Católica e organizações não governamentais, muitas vezes, em um modelo mais caracterizado como compaixão e filantropia e não como um direito do cidadão. Dessa forma, a criação do SUS e seus princípios marcou uma grande conquista à população brasileira, incluindo a PSR. Todavia, ainda assim a marginalização e/ou invisibilização desse grupo pelos serviços de assistência do Estado continua ocorrendo, de modo que a conquista é relativa. Atualmente, existe uma tentativa de se caminhar no sentido de um serviço mais equânime com a inclusão dos CnaRs na RAS para melhor adequação às particularidades desse grupo, realçando a importância dessa estratégia para melhor acesso aos serviços de saúde.

Por outro lado, entre os estigmas sofridos pela PSR é notória a ideia de que as pessoas simplesmente abandonam seus vínculos sociais e de trabalho voluntariamente, ficando acomodadas às assistências governamentais e filantrópicas. No entanto, é necessário compreender e reconhecer a antiga luta por seus direitos, a organização de movimentos e a realização de eventos importantes, destacando-se entre eles o Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, Fóruns e festivais nas grandes capitais, além da organização do MNPR.

Não obstante, apesar de relativamente desatualizados, os dados do censo realizado em 2007 indicam que a maior parte desta população é composta por homens com idade de 25 à 44 anos, preta ou parda, trabalhadora e alfabetizada. Logo, ainda sendo uma população heterogênea, principalmente quanto às particularidades que a levaram à situação de rua, muitos dos estigmas aos quais é submetida não condizem com sua realidade.

Considerando a invisibilidade social da PSR, pode-se dizer que as atenções para suas condições, tanto de saúde como social e de segurança, só tiveram maior ênfase após a trágica Chacina da Praça da Sé no município de São Paulo nos dias 19 a 22 de agosto de 2004 em que dez pessoas em situação de rua foram atacadas, das quais sete foram assassinadas enquanto dormiam na tradicional praça da capital paulista. Este caso permanece ainda sem resolução judicial demonstrando a necessidade de uma política pública eficiente. Assim, desde 2009, o dia 19 de agosto é o Dia Nacional da População de Rua. (ANF, 2020) e houve a criação de organizações a fim de assegurar a integridade dessa população, como o MNPR.

Não se deve entender o episódio mencionado como algo isolado, mas sim como uma exacerbação das pequenas relações cotidianas que ocorre tanto entre sociedade e PSR, como

Estado e PSR e que se baseia no ódio e na estigmatização dessa população e que também por isso deve ser compreendida como vulnerável.

Portanto, objetivamos enfatizar a atenção a esta população, não como caridade ou boa fé dos profissionais, mas sim como fruto de uma política pública que visa reparar séculos de desigualdades. Formada por uma equipe de saúde que tem em seu trabalho uma finalidade específica: garantir direitos de cidadania às pessoas marginalizadas e esquecidas pelo governo e sociedade.

## 2.2 O CONSULTÓRIO NA RUA

Dada a importância do cuidado com as PSR, em 2009 o governo brasileiro apresenta o decreto presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, no qual institui a política nacional para a população de rua e a criação do comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, de forma que se define e caracteriza a PSR, bem como apresenta e reafirma princípios no seu cuidado, como: o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência, além da igualdade e equidade (BRASIL, 2022).

Em consonância, em 2011, a PNAB institui a criação dos CnaRs como integrantes da Atenção Básica voltados para PSR na Rede de Atenção Psicossocial, a fim de se corrigir as disparidades existentes no acesso do serviço de saúde e em concordância com a equidade do serviço, definindo-os como:

(...) formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua in loco. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). (...) lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (BRASIL, 2022)

Tal política foi uma importante conquista à PSR uma vez que seu cuidado em saúde sempre foi visto como um serviço de caridade ficando a cargo, muitas vezes, das organizações religiosas e das não governamentais, sendo somente na década de 90 nos estados de Minas Gerais, São Paulo e, posteriormente, Rio de Janeiro, criadas políticas estaduais voltadas a

esse grupo. Assim, ainda é muito frequente a ideia do cuidado às PSR como ato de caridade e boa-fé, sendo, na realidade, um dever do Estado, de acordo com a Constituição e direito desses cidadãos. (BRASIL, 1990)

Também é necessário compreender que a criação da política nacional do cuidado à pessoa de rua ocorreu não somente por entendimento do Estado acerca dos princípios do SUS sobre esta população vulnerável, mas também por uma sucessão de eventos que colocaram em relevância a PSR, como a organização do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, a Chacina da Sé em 2004, a criação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua em 2005 e as pesquisas de censo realizadas primeiramente nos estados de MG, SP e RJ e, posteriormente, a nível nacional indicando um número considerável de pessoas em situação de rua.

Por outro lado, ao se analisar a regulamentação do SUS em 1990 com a Portaria 8080, apesar das suas conquistas, pode-se entender como tardia a política voltada para a PSR, que permaneceu marginalizada por duas décadas, excluída do sistema que se coloca como universal, integral e equânime. Ainda, apesar de constitucionalmente possuírem os mesmos direitos que qualquer cidadão, a PSR é vítima de estigmas negativos tanto de outros usuários quanto dos próprios profissionais de saúde, de forma que, na realidade, são desmotivadas a buscar o cuidado médico. A procura por ajuda acaba ocorrendo, na maioria das vezes, somente quando a enfermidade atinge condições de emergência ou se torna incapacitante. Ademais, a vulnerabilidade de não possuir uma residência fixa, também desafia a lógica territorial das ESF sendo também motivo da sua marginalização ao sistema.

Assim, configura-se como atributo estratégico para correção das disparidades em relação à saúde da PSR, o fortalecimento do cuidado logo ao primeiro contato sendo, sobretudo na APS. Nesse sentido, os CnaRs são fundamentais para equidade em relação à saúde da PSR.

### 3. RELATO

Em 2021, foram publicadas as diretrizes norteadoras do Consultório na Rua em Foz do Iguaçu (PR) estabelecendo os critérios e formatação para a implementação da equipe no município. Notavelmente, discentes do curso de medicina da UNILA puderam fazer parte desta implementação através do projeto de extensão “Andanças” e do módulo Atenção Primária à Saúde I do internato que tinha como docente o médico que assumiu a equipe do Consultório na Rua (eCR). Ressalta-se que o discente autor deste relato participou das atividades da equipe no mesmo módulo do internato no ano de 2022.

A eCR de Foz do Iguaçu, dentre as modalidades de CnaR, constitui-se na mais complexa, composta por três profissionais de ensino superior, três de nível técnico e um médico. Dessa forma, são eles: enfermeiro, psicólogo, assistente social, educador social, técnico em enfermagem, técnico em odontologia e motorista, além do médico, docente da UNILA. Como veículo, a equipe tinha à disposição uma van e uma pequena sala como sede localizada na UBS Jardim São Paulo I.

Como a equipe deve atender a PSR de todo o município, foi necessária a elaboração de um itinerário durante a semana, de modo que em cada dia o CnaR estava em um ponto estratégico de um distrito sanitário da cidade. Por exemplo, às quintas feiras o atendimento se fazia no centro da cidade, com a van estacionando próximo ao terminal de transporte urbano e, mais para o final da manhã, próximo à praça da Paz, regiões com grande fluxo de pessoas em situação de rua.

Uma ressalva importante eram as sextas-feiras, dia reservado para reunião da equipe e resolução de demandas surgidas durante a semana, como agendamento ou transporte de pacientes para exames no hospital municipal ou ainda a própria equipe coletar amostras de sangue para exames laboratoriais, realização de troca de curativos, dentre outras demandas. O autor ressalta a relevância dessas reuniões, pois eram momentos para, além de formular estratégias e de planos terapêuticos individuais, fortalecimento e entrosamento do grupo.

Um outro recurso importante era a disponibilidade de um telefone com número próprio e aplicativo de mensagens no qual era possível contatar a equipe e comunicar sobre PSR que precisavam de atendimento ou ainda marcar reuniões e traçar estratégias para atendimento multidisciplinar e intersetorial, tanto no âmbito da saúde quanto na assistência social.

Nesse sentido, o discente também teve a oportunidade de participar das reuniões para elaboração de estratégias de abordagem da PSR de maneira geral ou ainda para casos específicos que exigiam maior complexidade. Foi possível conhecer e participar de encontros

através dos seguintes CnaR: UBSs, UPAs, Hospital Municipal, CAPS, SAE, Secretaria de Saúde, Secretaria de Assistência Social, CRAS, CPs, penitenciária e CRAM.

Alguns dos casos mais marcantes foram pacientes em franca psicose, sem abrigo e que não aceitavam internação hospitalar - levantando questões sobre ética médica e autonomia. Também as discussões sobre fluxo de internamento hospitalar; de vagas para as CPs; para permissão de coletas de sangue para acompanhamento ambulatorial de pessoas vivendo com HIV, atendimento a pacientes em penitenciária que eram acompanhados pelo CnaR antes da privação de liberdade. Além desses, a situação de pacientes que requisitavam muitos medicamentos, pois utilizavam como moeda de troca para conseguir alimento e lamentavelmente, os casos de pacientes transgênero cuja forma de conseguir dinheiro era a prostituição.

O autor também atuou ativamente nas atividades do CnaR, participando da avaliação clínica, aferição de sinais vitais, realização de curativos, orientações sobre a patologia, tratamento e prognóstico dos pacientes e coleta de informações para cadastramento no banco de dados recém implementado no município.

No dia 19 de agosto, dia nacional da luta da população de rua, em 2022 foi realizado, em Foz do Iguaçu, o I Fórum da População de Rua, no qual o CnaR foi um dos organizadores. Assim, o discente também pode ajudar na organização, principalmente com relação à elaboração da arte visual. Após o evento, iniciou-se a criação de uma organização da PSR em Foz do Iguaçu a fim de fortalecer suas demandas e direitos. Com isso, o discente também pode participar das reuniões para organização do movimento.

Notavelmente, foi de grande valia para formação acadêmica e futuro profissional, a possibilidade de acompanhar a eCR para a vivência da APS, uma vez que a trata-se de uma equipe especializada e que mantém acompanhamento longitudinal da PSR. Indiscutivelmente o trabalho do CnaR está de acordo com a garantia de equidade de atendimento à PSR. Além disso, ressalta-se o caráter fronteiriço da cidade de Foz do Iguaçu, permitindo contato com estrangeiros, cujo direito ao atendimento também foi indiscriminadamente igual, assim como previsto pelo princípio de universalidade do SUS.

Foi perceptível que, mais do que as necessidades diretamente relacionadas à saúde, o serviço mais demandado pela eCR era relativo à assistência social, principalmente em relação à possibilidade de conseguir um abrigo e auxílio - no período, o Auxílio Brasil. Ademais, devido ao histórico das diversas violências e exclusões sofridas nos demais serviços de saúde, a PSR muitas vezes se mostrava avessa à primeira abordagem do CnaR e, muitas vezes, era a possibilidade de algum auxílio social que os tornavam mais abertos ao vínculo com a equipe.

Em variadas ocasiões, também ocorria a suspensão provisória dos pacientes das CPs por não cumprirem diversas regras destes abrigos, como toque de recolher à noite, por exemplo. Nessas ocasiões, foi notável para o discente a diferença entre a regularidade e facilidade do tratamento do paciente. Isso pois a situação de rua os tornavam vulneráveis à violência principalmente durante a noite, levando a situações, como exemplo, de não conseguirem tomar antipsicóticos, benzodiazepínicos para abstinência alcoólica e outros medicamentos que causavam sonolência enquanto não conseguiam abrigo.

Lidar com a PSR e desafios como os descritos permitiram ao discente enxergar com clareza a importância da influência dos determinantes em saúde nas patologias e no tratamento do paciente. Acompanhar o CnaR foi uma oportunidade para ampliar o conhecimento sobre a medicina e o conceito de saúde em si. Isso, pois a maioria das doenças vistas pelo autor não eram de difícil diagnóstico, sendo normalmente infecciosas e agudas ou relacionadas ao abuso ou abstinência de drogas. Todavia, seu manejo era bastante tortuoso uma vez que as condições socioeconômicas do paciente eram bastante restritas.

Ademais, conviver com a equipe multiprofissional foi positivo para o futuro profissional, na medida em que proporcionou aprendizado sobre as atuações de outros trabalhadores e, sobretudo, da assistência social. Foi possível identificar o valioso papel e contribuição que cada um pode oferecer ao usuário, assim como a importância de uma equipe bem alinhada.

Como experiência positiva desta vivência, o discente pode listar diversas. Entre elas, a quebra do estereótipo da população em situação de rua como violenta foi uma das principais. Mesmo com os usuários com transtornos psiquiátricos ou em psicose, uma abordagem respeitosa ao espaço físico e temporal dos pacientes, mesmo nos momentos de irritabilidade, não gerou nenhuma agressão física ou desentendimento com a equipe.

Dentre os aspectos negativos a serem pontuados como possibilidade de mudança, destaca-se principalmente questões de sigilo médico entre os profissionais com menor escolaridade da equipe. Em diversas ocasiões, colegas de outros serviços solicitaram por telefone dados sobre algum paciente e os integrantes da eCR transmitiam informações que poderiam ser sigilosas.

A seguir, algumas imagens das atividades realizadas e vivências experienciadas durante o estágio.



Figura 1. Atuação do Interno no CnaR realizando exame clínico.



Figura 2. Atuação do Interno no CnaR apoiando a equipe.



Figura 3. Atuação do Interno no CnaR realizando exame clínico.



Figura 4. Atuação do Interno no CnaR acompanhando a abordagem a um paciente..



Figura 5. Veículo utilizado pelo CnaR.



Figura 6. Atuação do discente no CnaR realizando exame clínico.



Figura 7. Interno acompanhando o Docente na realização de exame neurológico do paciente.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O relato precedente demonstra e ilustra a importância da eCR e do CnaR como equipe de APS que proporciona melhora do acesso das PSRs a uma rede de saúde alicerçada no território fixo, solucionando, assim, a dissonância com a ESF.

É reconhecível a execução das atribuições da APS que também reforça a relevância, o impacto positivo e a validade do CnaR como campo de estágio para discentes de medicina, principalmente para o aprendizado na APS. Ademais, a experiência é rica de significados e desafios no sentido de compreender as particularidades, as dificuldades e as necessidades de saúde dessa população, por vezes tão vulnerável e invisibilizada.

## REFERÊNCIAS

Agora é lei: morador de rua deve ser atendido pelo SUS. Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/08/27/agora-e-lei-morador-de-rua-deve-ser-atendido-pelo-sus>>. Acesso em: 3 fev. 2022.

AGÊNCIA SENADO. Debatedores alertam: população de rua cresceu na pandemia e precisa de atenção do governo. Senado Notícias Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/04/debatedores-alertam-populacao-de-rua-cresceu-na-pandemia-e-precisa-de-atencao-do-governo>>. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 2 fev 2022

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 20 set. 1990.

BRASIL. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. São Paulo: Ministério da Saúde, 2012. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. cap. 1, p. 17-20. ISBN 978-85-334-1950-6. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)>. Acesso em: 02 fev 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. São

Paulo: **Ministério da Saúde**, 2012. cap. 1, p. 17-20. ISBN 978-85-334-1950-6. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)>. Acesso em: 02 fev 2022

BRASIL. Política nacional para inclusão social da população em situação de rua. **Brasília: Governo Federal**, 2008.

CARMO, M. E. DO; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 26 mar. 2018.

GAMEIRO, N. População de rua aumentou durante a pandemia. **Fiocruz Brasília**, 8 jun 2021. Disponível em:

<<https://www.fiocruzbrasil.br/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-a-pandemia/>>. Acesso em 2 fev 2022

HART, J. T. The Inverse Care Law. *The lancet*. Wales: 27 fev 1971.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 47–58, ago. 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822004000200007>>. Acesso em 2 fev 2022

MELO, R. **16 anos depois, “Massacre da Sé” é exemplo de violência contra população de rua. ANF - Agência de Notícias das Favelas**, 19 ago. 2020. Disponível em:

<<https://www.anf.org.br/16-anos-depois-massacre-da-se-e-exemplo-de-violencia-contr-populacao-de-rua/>>. Acesso em: 2 fev. 2022

MNPR. Cartilha de Formação: Conhecer para lutar. **Movimento Nacional da População de Rua**, [S.L.], out. 2010. Disponível em:

[https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR\\_Cartilha\\_Direitos\\_Conhecer\\_para\\_lutar.pdf](https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf). Acesso em: 02 fev 2022

PAIVA, I. K. S. DE et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595–2606, ago. 2016.

SANTOS G. P. A voz da situação de rua na agenda de mudança social no Brasil: um estudo discursivo crítico sobre o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR). **Universidade de Brasília**. Brasília, 2017.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018.